FIOCRUZ

# PROPOSTA
## Jornal da Reforma Sanitária

32

radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - MANGUINHOS

MAIO . 1993

MUNICIPALIZAÇÃO EM S.GONÇALO

## Sistema único sofre com resistências e falta de recursos

**Retrato da degradação: o esgoto do próprio Hospital Luiz Palmier exposto a céu aberto.**

Com uma precária rede de água e esgoto que não consegue acompanhar seu crescimento populacional, o município de São Gonçalo tenta implantar um sistema de saúde que dê conta de uma demanda que cresce na medida em que seus habitantes têm sua qualidade de vida piorada pelos baixos salários, violência urbana e doenças como o cólera.

Funcionando como verdadeiros "bombeiros", profissionais do setor elaboraram um Plano de Saúde que já conta com o apoio da Prefeitura. Apesar disso, a implantação do Sistema Único esbarra em dificuldades administrativas e a comunidade reclama maior participação no controle e fiscalização tanto do setor privado quanto do público.
**(Páginas 6 e 7)**

CÓLERA

## Informação e água tratada podem deter a epidemia

O PROPOSTA ouviu Ernesto Hoffer (Coordenador do Laboratório de Referência Nacional em Diagnóstico de Cólera da Fiocruz) e Carlos Salles (pesquisador da Fiocruz e autor do livro "Você em tempos de cólera") sobre os dados mais recentes e as conseqüências que a epidemia de cólera pode trazer ao País. Para eles, é possível deter o alastramento da doença com informação e investimentos pesados em saneamento.
**(Páginas 4 e 5)**

# TUDO SOBRE O FIM DO INAMPS

O Ministro da Saúde, Jamil Haddad, e a Ministra-Chefe da Secretaria de Administração Federal, Luisa Erundina, enviaram exposição de motivos ao Presidente Itamar Franco propondo a extinção do Inamps. Para eles, "os novos dispositivos constitucionais, propugnando pela descentralização dos serviços de saúde para estados e municípios, tornaram desnecessária a existência de um órgão como o Inamps". Os dois ministros propuseram ainda - e o Presidente acatou a sugestão - o envio de Projeto de Lei ao Congresso com objetivo de viabilizar a extinção e reestruturar o Ministério da Saúde.

Além de publicar na íntegra os dois documentos, um encarte especial sobre o assunto mostra as alterações que transformarão a Central de Medicamentos (Ceme) em Secretaria de Insumos para a Saúde e como serão realocadas as verbas do SUS.

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde, Carlos Mosconi, fala como passarão a ser realizados os repasses de recursos aos municípios e o destino dos inquéritos sobre as fraudes, que na opinião do Deputado Jackson Pereira (PSDB-CE), chegam a US$ 125 milhões por mês.

Ouvimos ainda sobre o assunto o Deputado Eduardo Eduardo Jorge (PT-SP), o Prefeito de Santos, David Capistrano, e o assessor para assuntos de saúde da Ministra Luisa Erundina, Eleutério Rodriguez Neto.

Para terminar, publicamos um texto do Professor Gastão Wagner, da Unicamp, que analisa a extinção do Inamps e lança uma preocupação sobre a nova estrutura que virá em seu lugar.

(ENCARTE ESPECIAL)

# CARTAS

## Preocupado com a saúde

A finalidade desta é solicitar a fineza de Vossa Excelência, no sentido de me enviar dentro do possível, o tão conceituado SÚMULA- Programa RADIS, uma vez que os assuntos são de considerável importância, bem como para conscientizar os leitores quanto aos riscos e perigos da cólera e demais assuntos atuais referente à saúde.

Outrossim, informo que é de suma importância estarmos preocupados com a nossa saúde, como prevenir, os cuidados que devemos ter para evitar que sejamos atingidos pelas epidemias, aproveitando a oportunidade para parabenizar a todos os componentes da Súmula-Programa RADIS, pelo excelente trabalho desenvolvido e desempenhado por pessoas de sucesso, eficiência e capacidade.

Sendo só para o momento, mee despeço agradecendo desde já a vossa atenção ao assunto, na expectativa de receber em breve o tão conceituado Súmula- Programa RADIS.

**Nilson Ramires de Arruda - Campo Grande (MS)**

## Importante é prevenir

Recentemente enviei uma carta a vocês, acontece que logo depois, chegou em minhas mãos o jornal PROPOSTA.

Quero confirmar minha urgente vontade de continuar recebendo este jornal, tão importante para quem quer ficar por dentro das notícias sobre saúde no Brasil.

Neste PROPOSTA de nº 31 (Abril), qual não foi minha surpresa quando ali trazia informações do SUS-Manhuaçú (minha cidade natal). Claro que não vem daí a minha paixão pelo jornal.

Faço o curso de THD (Técnico em Higiene Dental) em minha região e acho de grande complemento estar cada vez mais informado sobre a Saúde Pública.

Sei que nosso povo precisa ser conscientizado da importância de se prevenir. Pois do contrário nossas autoridades públicas (OS POLÍTICOS!), estão aí metidos em interesses pessoais e não preocupados com o bem-estar de todos, como diziam pra se elegerem (...).

Sem mais, estou ansioso para receber o próximo PROPOSTA.

**Dâmgelo Ricas Costa - Barra Mansa (RJ)**

## Abrasileiradamente honrados

Agradecemos a gentileza de nos enviar o Proposta de abril, onde o sr. trata com esmerada prudência e honradez assuntos como a municipalização e a conjuntura política do País, dando ênfase ao plebiscito sobre forma e sistema de governo. Temos idéia de que, num futuro próximo, poderemos ter um sistema parlamentar forte. Antes, porém, temos que, abrasileiradamente, ensinar os nossos irmãos a votar e, por conseguinte, tirar esses políticos profissionais que há décadas se impõem nesse sistema presidencialista - que pode ser muito satisfatório, num âmbito geral, para o País - caótico tão-somente por causa de maus administradores e políticos desonestos.

E por falar em desonestos, que se registre os atuais políticos de Alagoas, cujo povo tão sofrido e ansioso por melhores dias não acredita mais em milagres, mas em si mesmo, pois somos capazes de erradicar um a um esses maus políticos e construir um estado melhor para todos.

**Francisco de Assis Lima - Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Anadia (AL)**

*EXPEDIENTE*

**PROPOSTA** é um órgão oficial da **Fundação Oswaldo Cruz**, editado pelo **Programa Radis** (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da **Escola Nacional de Saúde Pública** (Ensp).

**Jornalista Responsável:** Álvaro Nascimento (Reg.Prof. MT/RJ 13.160)

**Presidente da Fiocruz**: Carlos Morel; **Dirtora da Ensp** : Maria do Carmo Leal; **Coordenador e Editor do Radis:** Álvaro Nascimento; **Redação:** Rogério Lannes, Jane Paiva e Carlos Xavier (Caco); **Informática:** Valéria da Silva; **Administração:** Jandira Vilhena; **Auxiliares Administrativos:** Marisa Aguiar e Marcos Aguiar; **Editoração Eletrônica:** Itamar Bastos Crispim ( Multimeios/CICT/Fiocruz.)

**PROGRAMA RADIS**: Av. Brasil, 4036 / sala 515 / CEP 21040-361 / Manguinhos / Rio de Janeiro (RJ). Tel. (021) 260-7979 / FAX 21-260-9944 / TELEX 21-37623 FUOC-BR.)

CACO

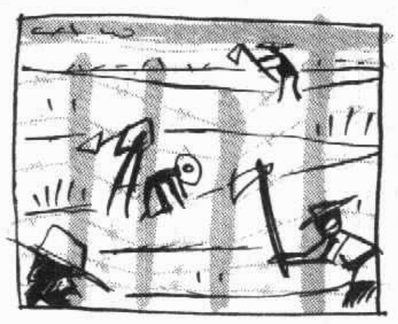
## TUDO SOBRE O FIM DO INAMPS...

# DOSE DUPLA

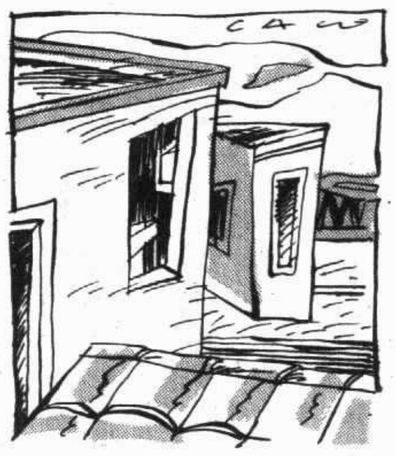
## Muita terra para pouca gente

"Nada mais moderno hoje do que a democratização da terra em todas as suas dimensões: fundiária, agrícola, ecológica, social, política, científica e cultural". Com essas palavras, Herbert de Souza, Betinho, secretário-executivo do Instituto Brasileiro de Análises Sóciais e Econômicas (Ibase), manifesta sua esperança com relação à tramitação da chamada "Lei Agrária" no Congresso Nacional. No final de fevereiro, o Presidente Itamar Franco a devolveu ao Congresso, e sua apreciação implicou na sanção da maioria dos rtigos e veto a seis.

Segundo dados da Campanha Nacional pela Reforma Agrária (CNRA), 80% da área própria para agricultura do País são propriedades que têm mais de 100 hectares e pertencem a apenas 16% das famílias rurais. De acordo ainda com a CNRA, dos 600 milhões de hectares próprios ao cultivo, os latifúndios ocupam 70% desse total, ou seja, 420 milhões de hectares.



## Números que assustam



"Quando me perguntam sobre a situação do saneamento básico no Brasil, eu respondo com alguns números recentes: 1/3 da população do País não tem água encanada, 1/3 não a recebe tratada e 1/3 a tem e desperdiça 30 % do que recebe. Quanto ao esgoto, 63% dos dejetos líquidos são lançados diretamente nos cursos de água, 34% a céu aberto e apenas 3% em aterros controlados, ainda sem tratamento químico. Para terminar, somente 60% da população urbana conta com algum sistema de drenagem pluvial". Esses dados, provenientes do Instituto Nacional de Tecnologia (INT), foram destacados por Carmem Lúcia Roquete Pinto, durante o Encontro de Preservação Ambiental de São Gonçalo, no Estado do Rio, no final de abril. O tema do encontro foi a possível implantação de uma estação de esgoto na região, utilizando tecnologia desenvolvida pelo INT a partir do uso da planta aquática chamada *aguapé*.

## Icapuí vira livro

A inovadora experiência de municipalização da saúde no município de Icapuí, no Ceará, que priorizou as ações básicas, valorizou a participação de profissionais e agentes de saúde e reduziu drasticamente a mortalidade infantil, é registrada em detalhes no livro "Sistemas locais de saúde em municípios de pequeno porte - A resposta de Icapuí".

Organizado pelo sanitarista Odorico Monteiro de Andrade e pela assistente social Neusa Goya, o livro contém textos de vários autores sobre epidemiologia e planejamento estratégico, conselho municipl de saúde, descentralização de serviços, recursos humnanos, nascimento e óbito, odontologia, enfermagem, serviço social e saneamento básico. traz ainda a legislação municipal de Icapuí constituída para dar suporte ao novo sistema , além da reprodução de matérias da imprensa sobre aquela experiência - entre elas a primeira reportagem em periódico de distribuição nacional, realizada pelo PROPOSTA, em junho de 1991.

A distribuição da publicação é feita pela Cidadania - Planejamento e Assessoria em Políticas Públicas - Rua Desembargador Leite Albuquerque, 832 - sala 103 - Tel. (085) 244-2004 - Fortaleza, CE.

**CONJUNTURA**

# Dívida permanece intocável

**ÁLVARO NASCIMENTO ***

O lançamento de um novo plano econômico pelo Ministério da Fazenda e iniciativas concretas levadas à frente em outras pastas apagaram a imagem de que o Governo Itamar Franco estava paralisado. Na área da saúde, é inegável que o fim do Inamps, a aceleração do processo de municipalização e a fixação de prazo para o uso de receitas médicas com base nos chamados "genéricos" - uma das formas de se enfrentar o abuso da indústria farmacêutica - demonstram que problemas importantes estão sendo enfrentados.

Mas se esses aspectos são positivos, ainda faltam iniciativas fundamentais em áreas onde a escassez de recursos é a principal justificativa para a paralisia. O alastramento da epidemia de cólera devido à inexistência de uma política de saneamento é o fato que melhor caracteriza essa dicotomia entre as necessidades do País e a capacidade dos cofres do Tesouro.

Como já se viu em outras áreas, entretanto, todo processo de mudança econômica necessita de uma mudança anterior no terreno das idéias. Na questão da falta de recursos, todos concordam com a falência da forma de financiamento do setor público e a emergência de soluções. Como não há mágica capaz de solucionar tamanha crise, seu enfrentamento requer, de cara, uma nova postura frente ao pagamento das dívidas externa e interna, que no já apertado Orçamento deste ano comprometem nada menos que 62% da arrecadação do Tesouro.

A mudança do enfrentamento destas dívidas no terreno das idéias colocará sobre a mesa um volume imenso de recursos públicos, que podem ser canalizados para o pagamento de outra imensa e mais grave dívida: a existente com os 62 milhões de miseráveis que, pelas contas do Governo, tendem a crescer se for mantido o confisco salarial e a paralisação de investimentos.

Há no Brasil uma cruel extorsão financeira escondida por uma política de desinformação pública, que transforma termos de referência dos credores externos em verdades absolutas. Acordos que aprofundam a recessão, confiscam salários via inflação, elevam o desemprego, paralisam ainda mais os investimentos, inviabilizam o financiamento do setor público e mantêm a perversa concentração de renda no País são "vendidos" como programas econômicos.

Embora o déficit público esteja ligado diretamente aos juros das dívidas externa e interna - que no Brasil chegam a representar sete vezes os gastos sociais do Governo - a desinformação aponta as estatais e o funcionalismo como os responsáveis pela falta de recursos.

Vamos a alguns números. Segundo o Ministério da Ação Social, seriam necessários US$ 3,5 bilhões anuais, durante 10 anos, para se colocar sistemas de água e esgoto satisfatórios em todas as moradias. À princípio, esta é uma quantia inalcançável. No entanto, entre 1985 e 1992, o Brasil realizou uma transferência líquida de recursos para pagamento de juros da dívida externa da ordem de US$ 85 bilhões, o que dá uma média anual de aproximadamente US$ 12 bilhões. A inexplicável aceitação de acordos com base em juros flutuantes fez com que estes pagamentos nada significassem em termos de redução do montante da dívida. Ao contrário, ela se elevou da casa dos 90 para 130 bilhões de dólares.

A contestação da dívida externa nunca é considerada pelos credores internos de títulos da dívida pública. A visão de que a solução do déficit público depende de cortes nos gastos sociais do Governo une os credores externos e internos. Isso serve como indício de que há um casamento de interesses entre o setor financeiro nacional e os credores estrangeiros, que na verdade são os que intermediam e mais se favorecem com a compra e venda de títulos alimentados pela especulação financeira.

É importante notar que a dívida externa brasileira "explodiu" justamente nos anos 70, quando o obscurantismo marcou presença nas decisões governamentais. Causa espanto saber que em 1973 a dívida brasileira era de apenas 6,2 bilhões de dólares e que em 10 anos chegou a 76,7 bilhões.

Uma dívida que cresce a taxas tão elevadas exige uma auditoria. Mais ainda se captada durante um regime de exceção e carimbada no componente "endividamento em moedas", que é um tipo de dívida que se diferencia dos demais por não possuir relação direta com atividades produtivas, pois o tomador não precisa apresentar qualquer projeto para justificar o endividamento. Nos últimos 10 anos de regime militar, dos US$ 76,7 bilhões devidos pelo Brasil, 2/3 (US$ 59,6 bilhões) estavam nesta nebulosa rubrica.

Em relação ao argumento conservador de que uma moratória traria insuportáveis "retaliações internacionais" ao País, basta ter memória e lembrar que a moratória decretada pelo Governo de José Sarney em 1987 não nos trouxe qualquer desconforto comercial ou político na relação com outros países, inclusive os Estados Unidos. O Brasil continuou comprando, vendendo e se relacionando com as mesmas Nações antes, durante e depois da decisão de suspender seus pagamentos de forma unilateral.

**Álvaro Nascimento é Coordenador e Editor do Programa Radis/Ensp/Fiocruz.**

# Água tratada e informação podem deter epidemia de cólera

ROGÉRIO LANNES

O vibrião colérico, que já se instalou em um terço dos municípios brasileiros - com 11.835 casos registrados até o fim de abril com 162 óbitos - deve mesmo alcançar o restante do País. Mas nem tudo está perdido. Água tratada em abundância e informação correta são a principal receita para o tratamento preventivo do cólera e podem até interromper a epidemia. A opinião é de dois pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), maior unidade de pesquisa da Fiocruz, que há mais de duas décadas se dedicam ao estudo da doença.

Coordenador do Laboratório de Referência Nacional em Diagnóstico de Cólera da Fiocruz, Ernesto Hoffer, de 56 anos, defende que o importante agora é tranqüilizar a população e promover uma educação sanitária que considere os aspectos culturais e econômicos de cada local. Autor do livro "Você em tempos de cólera", Carlos André Salles, 59 anos, arrisca a previsão de que o cólera não se tornará endêmico, mas alerta para a necessidade de investimentos na pesquisa das características assumidas pela doença no País.

**RADIS** - Que características tem a epidemia de cólera no Brasil e que medidas podem ser tomadas pelo poder público para controlá-la?

**ERNESTO HOFFER** - O cólera veio abrir a cabeça de muita gente no sentido de instituir medidas para o controle das diarréias - que hoje ainda produzem um elevado coeficiente de mortes - da mesma maneira como a Aids em relação aos cuidados com o sangue. É preciso primeiro tranqüilizar a sociedade e a questão mais importante a ser levada em consideração são os aspectos de educação sanitária. As medidas necessárias são relativamente baratas, e requerem a participação da população, mas têm sido conduzidas de maneira um tanto atabalhoada nos últimos dois anos, criando aquilo que é conhecido pelos que estudam a história do cólera como a "histeria colérica".

Outro aspecto pouco abordado, mas que influencia o desenvolvimento do cólera em nosso meio, é o lado político da questão. Isto ficou muito evidente na cidade de Fortaleza. Eu venho acompanhando há algum tempo o estado do Ceará e observei ali que a forma intensa como o cólera atingiu a capital era previsível exatamente pelas incompatibilidades políticas entre as áreas de atuação do estado e do município.

**RADIS** - A maioria dos casos até o momento foi registrada no Nordeste. Qual o alcance real da epidemia naquela região? Existe alguma estimativa da subnotificação nos registros da doença nesses estados?

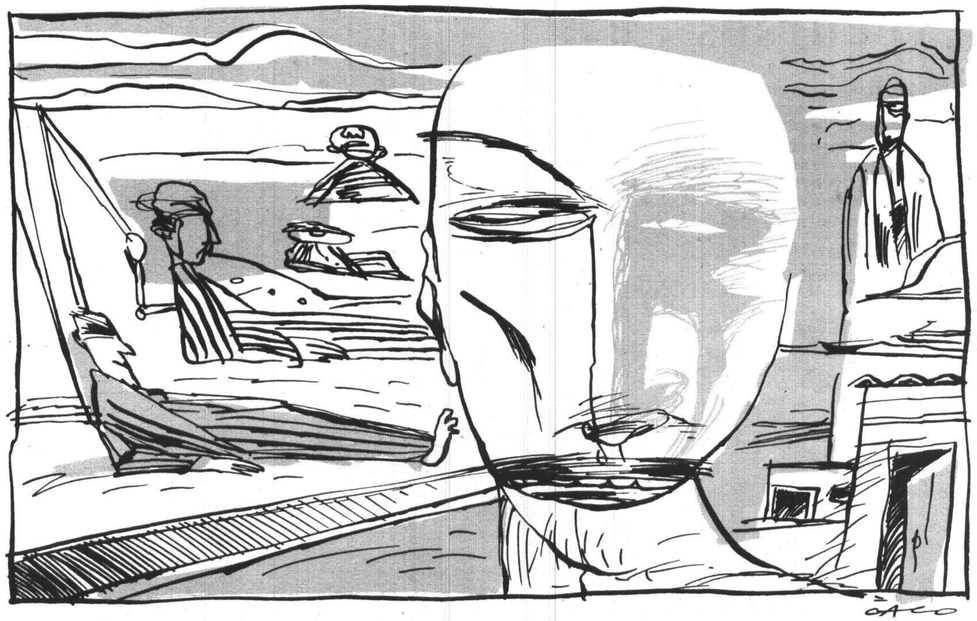
**HOFFER** - A situação no Nordeste é muito crítica, ainda mais considerando a ocorrência da seca, que cria uma defasagem muito grande no consumo da água. Houve uma queda acentuada nas fontes naturais de água. No polígono da seca a água nem é mais de açude, ela é encontrada em barreiros que nada mais são do que água com matéria orgânica em suspensão, dejetos de diferentes origens. Quanto à subnotificação, acredito que deveríamos deixar isto de lado. Não precisamos chegar ao requinte de dizer que temos 100 mil ou 20 mil casos, porque o comportamento das autoridades sanitárias deverá ser idêntico nas duas situações. Um caso de uma doença desconhecida para uma área é igual a 100 casos. Esta subnotificação ocorre, em parte, por causa do próprio Ministério da Saúde, que algumas vezes adota medidas extremamente rigorosas, usando apenas o critério da caracterização do agente etiológico pelo laboratório. Já em outras instâncias, quando já se instalou o vibrião colérico, o Ministério ou os governos estaduais abrem mão da utilização do laboratório, optando pelas análises clínico-epidemiológicas. Déste ponto de vista, sem um critério de distinção, nós vivemos num mar de diarréias.

**RADIS** - Mesmo que este não seja o principal critério para prevenção, é importante que haja uma retaguarda laboratorial para o diagnóstico mais preciso da doença. Os estados e municípios contam com este suporte ou é preciso organizar uma rede laboratorial?

**HOFFER** - Nós tivemos sorte neste sentido, porque uma rede de laboratórios foi constituída no Brasil na década de setenta, diante da expectativa da introdução do vibrião colérico no hemisfério ocidental em função da ocorrência concomitante de uma grande epidemia de cólera no continente africano e os movimentos de independência das colônias portuguesas, provocando uma migração em massa e sem controle para países como o Brasil. A rede de laboratórios representados na época pelo Instituto Oswaldo Cruz, na Fiocruz; pelo Instituto Evandro Chagas, de Belém; pelo Instituto Adolfo Lutz, de São Paulo; e pelo Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco permaneceu, por incrível que pareça, e foi reativada em 1991, formou pessoal qualificado e nos permite dar hoje esta retaguarda.

**RADIS** - A descentralização do sistema de saúde se reflete nesta rede?

**HOFFER** - A estrutura é descentralizada, com o Laboratório de Referência Nacional ligado aos centros de referência regional, que envolvem todos os laboratórios de saúde pública de suas áreas. A Fiocruz está fornecendo aquilo que é básico para o diagnóstico laboratorial, que são os anti-soros polivalentes. No período de 1991 a 1992, nós produzimos cerca de cinco litros de anti-soro distribuídos para todos os laboratórios do País, gastando para isto no máximo CR$ 100 milhões. Isto representa uma economia para o país de cerca de Cr$ 1,8 bilhão. Também distribuímos o produto para o Peru, Colômbia, Equador e Bolívia.



**RADIS** - Carlos, em sua experiência de combate ao cólera em Gana, na África, o que você observou sobre a doença que pode ser aplicável à atual epidemia no Brasil?

**CARLOS SALLES** - Em termos de aplicação para o Brasil é importante que se aproveite a oportunidade de fazer pesquisa sobre a manifestação do cólera num país onde ela não é endêmica, porque há situações novas envolvendo o comportamento do organismo e do

**CARLOS SALLES**

"Fornecimento de água tratada em quantidade para toda população interrompe o ciclo de transmissão da doença"

paciente, a ecologia e, sobretudo, a situação social, econômica e cultural. O cólera é diferente de um lugar para o outro, dependendo destas variáveis. Então, é sempre necessário que haja uma atitude de ativa pesquisa destes diversos fatores para se compreender a doença e melhor enfrentá-la. Do ponto de vista prático, a importância maior do controle da doença na África Ocidental foi a existência de água abundante e de fácil acesso às populações carentes, interrompendo o ciclo de transmissão e chegando ao desaparecimento da doença. No meu livro descrevo a experiência de uma aldeia que eliminou o cólera com água canalizada e tratada, enquanto a epidemia se mantinha nas cidades vizinhas. Então eu tenho evidências de que a água é da maior importância como instrumento de interrupção do ciclo fecal-oral de transmissão. Muito mais do que a

**ERNESTO HOFFER**

"A produção e distribuição pela Fiocruz de anti-soro para diagnóstico do cólera representou uma economia de Cr$ 1,8 bilhão para o País"

montagem de sistemas de esgotos sanitários que são bem mais caros, demorados e difíceis de serem adotados.

**RADIS** - Considerando que a abordagem das autoridades brasileiras deveria ser principalmente a de fornecer água tratada em quantidade, que alternativas como estações compactas de tratamento e outras poderiam ser utilizadas a curto e médio prazo?

**SALLES** - Todas as questões acerca do cólera já foram levantadas quando a doença chegou ao País e é muito triste que tenham se passado cerca de dois anos sem que as autoridades tenham feito nada e só agora que a porta está arrombada é que querem começar a tomar providências. A tecnologia de clorar água é conhecida, automatizada e altamente desenvolvida. É válido qualquer meio de colocar água tratada nas comunidades carentes onde ela é escassa, rara ou de má qualidade. Agora, eu insisto numa coisa, não é necessário que a água seja da melhor qualidade do mundo, basta que não tenha germes patogênicos, quer dizer, que seja clorada. Há uma porção de níveis de qualidade, quanto ao ph, sais, odores, turbidez, enfim, um grande número de aspectos que geram aquela água perfeita. E o brasileiro tem mania de passar da maior porcaria ao nível da mais alta tecnologia. É preciso aprender a ser equilibrado. Outra coisa: é preciso que o abastecimento de água nas comunidades carentes seja, se possível, grátis. Sai mais barato - praticamente de graça - gastar dinheiro com água agora, do que, mais tarde, com toda a assistência hospitalar. Sem falar no impagável ônus das mortes.

**RADIS** - As medidas a serem tomadas em pequenos municípios diferem daquelas necessárias em grandes centros?

**SALLES** - A diferença principal é que o cólera é uma doença que depende da densidade populacional. Então, nas grandes cidades é muito mais difícil qualquer coisa relativa à prevenção da doença. Quanto ao tratamento, a situação deveria se inverter, pela maior oferta de serviços de saúde. Surpreendentemente, porém, o índice de mortalidade no Nordeste é de 1,5%, enquanto em estados como o Rio de Janeiro, onde o tratamento adequado deveria ser mais fácil, evitando os óbitos, este índice já chega a 2,5%. Uma taxa tão alta expõe a falta de eficácia da rede assistencial, o não atendimento de pacientes pelos hospitais e o desinteresse das autoridades.

**RADIS** - Que papel a informação pode ter no enfrentamento da epidemia?

**HOFFER** - A histeria colérica, a que eu já me referi, parte quase sempre das autoridades sanitárias ou dos escalões superiores. Há um desencontro e uma falta de controle das informações, criando muita dúvida na população. Em 1991, por exemplo, quando a doença chegou a Tabatinga, no Amazonas, foi realizada uma campanha através de assistentes sociais e outros profissionais no sentido de informar a população que a vacina não tinha nenhum valor. De repente, uma notícia de primeira página nos jornais de Manaus anunciou que o Ministro da Saúde naquela ocasião tinha se dirigido à França, onde faria um convênio para adquirir vacinas, o que jogou o trabalho dos sanitaristas por terra. A população entrou num descrédito absoluto.

**SALLES** - Uma das coisas mais importantes no combate à doença é a difusão de informações corretas. Eu acho que há pouca circulação de informações e comunicados oficiais sobre o que se passa. A própria comunidade científica interessada em investigar as características peculiares à chegada da doença no País, acaba sabendo dos números e dos fatos pelos jornais. Isso é ruim porque atrasa o desenvolvimento de pesquisas. O Ministério da saúde poderia se integrar mais às outras forças com potencial para se engajar nesta luta, como as universidades, os institutos de pesquisa, os que produzem e comercializam alimentos, divulgando amplamente seus boletins sobre o desenvolvimento da epidemia. Quando médicos, enfermeiras, hospitais e laboratórios são informados, eles se mantêm preparados. Com a população também é assim. Se você mantiver oculta a informação de que o País foi invadido por um outro, por exemplo, o povo não vai se mobilizar, se alistar, se organizar para enfrentar o inimigo.

**HOFFER** - Vejo como muito eficaz palestras como as que a pequena equipe do nosso laboratório vem realizando em empresas, sindicatos, universidades, academias de medicina, hospitais, centros de pesquisas e congressos. Mas eu não dou muito crédito ao que eu como doutor tenha a falar para a população de modo geral, porque este diálogo tem que ser realizado pelo agente sanitário que conhece a situação local e convive com ela. Não serão estas caravanas que vemos por aí, que, de repente, jogam um batalhão de bombeiros e técnicos nas comunidades, que vão se comunicar adequadamente. E cada vez eu me convenço mais, também, que o trabalho tem que ser com as crianças e nas escolas primárias. Um exemplo desta falta de comunicação ocorreu quando houve a distribuição de filtros domésticos na região do Alto Solimões, em abril de 1991. Houve uma aquisição famosa de grande estoque destes filtros pelo Ministério. Quatro meses depois, os filtros passaram a ser usados como vaso de flores, porque as pessoas achavam que a filtração demorava demais. Quer dizer, ninguém deu a informação correta, como poderiam fazer uso daquilo, como deveriam se conduzir naquela situação.

**RADIS** - Considerando que o saneamento básico no Brasil não vai melhorar em pouco tempo, vocês acreditam que o cólera venha a se instalar de forma permanente, endêmica?

**SALLES** - Eu acredito que não, porque a doença já nos atingiu em outras ocasiões sem que tenha se radicado, talvez pelas condições do solo e da água tropicais, ou porque nossos hábitos - mesmo os das populações mais carentes - não sejam muito ruins. Mas isso é um assunto que, como eu já disse, precisa ser pesquisado. Já é possível observar, no entanto, que o cólera no Brasil está registrando um número relativamente baixo de óbitos em relação ao número de atingidos, o que reforça nossa convicção de que não deve, de forma alguma, haver pânico.

# Sistema único enfrenta resistências e a falta de recursos

CARLOS XAVIER

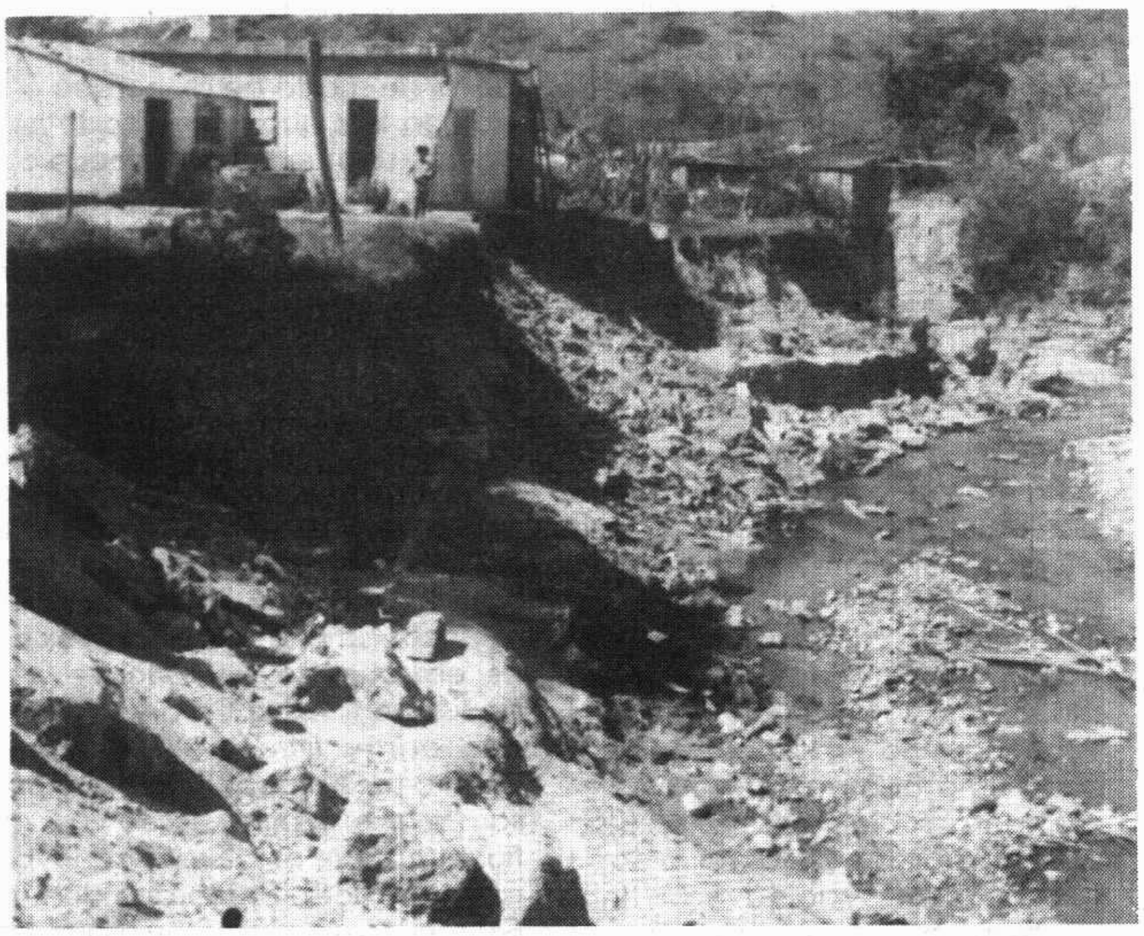
Separado do Rio de Janeiro pela ponte Rio-Niterói e mais 15 quilômetros de estrada, São Gonçalo registrou, em 20 anos, um crescimento populacional acentuado e hoje comporta a segunda maior população do Estado, graças à condição de cidade-dormitório do Rio e de Niterói.

A estrutura da rede de esgotos, água e coleta de lixo, porém, não acompanhou o crescimento demográfico. A rede de saúde enfrenta sérios desafios, atendendo uma população extremamente pobre e vítima de doenças relacionadas às más condições de vida e higiene.

Após noticiar avançadas experiências de municipalização e controle social, como em Icapuí (CE), Santos (SP) e Manhuaçu (MG), o PROPOSTA volta-se para um município onde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) avança a passos lentos, empacando nos mecanismos burocráticos e na falta de recursos.

A decisão de fazer esta reportagem deve-se à constatação de que São Gonçalo retrata, em suas características sociais e entraves administrativos, a grande maioria dos municípios brasileiros, onde as ações de saúde ainda são circunstanciais e improvisadas e a participação popular é conquistada a duras penas.

## Baixos salários, violência, endemias, falta de saneamento...



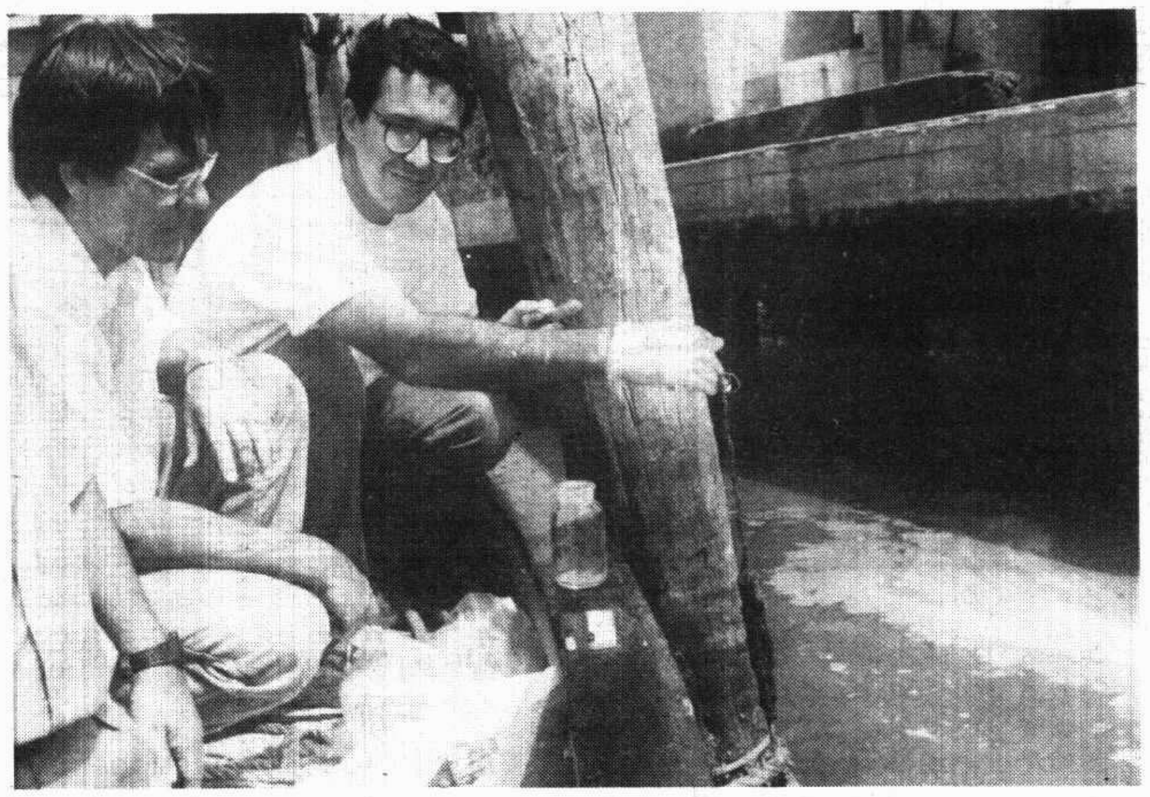
O Loteamento Nazaré dá bem uma idéia das más condições de vida da maioria da população em São Gonçalo.

São Gonçalo é um município da região metropolitana do Rio de Janeiro com 228 km2 e população estimada em 1,3 milhão de habitantes, segundo censo do IBGE de 1991. Dividido em cinco distritos administrativos e sanitários, tem mais de 90 bairros. Segundo o IBGE, 44% da população não possui rendimento e 58% têm renda de até um salário mínimo.

Entre as maiores causas de óbito estão as doenças do aparelho cardio-circulatório (38,7%), as causas externas (acidentes e violência urbana) e as doenças infecto-parasitárias. A hanseníase e a tuberculose são endêmicas e a irresponsabilidade com o meio ambiente, aliada à falta de saneamento, atinge diretamente a população através da alta incidência de diarréia, leptospirose, hepatite e cólera. Até 1985, segundo a Companhia Estadual de Água e Esgoto (Cedae), não havia rede de esgotos sanitários em São Gonçalo, o que determinava seu lançamento no sistema de drenagem pluvial ou em valas abertas nas ruas, cujo destino final são os rios que desaguam na Baía de Guanabara. Até hoje, pouca coisa mudou.

Para dar conta de toda essa caótica rede de problemas populacionais, sociais e ambientais, São Gonçalo soma hoje 61 unidades de saúde com atenção ambulatorial, sendo 35 da rede pública, 5 unidades-pólo, cada qual em um distrito sanitário, e um único complexo hospitalar, localizado no Centro, formado na realidade por três unidades próximas que funcionam independentemente: o Hospital Luiz Palmier, o Hospital Infantil Darcy Vargas e o Pronto Socorro Armando Gomes de Sá Couto.

## Os "bombeiros" da saúde



**Profissionais da saúde recolhem amostras para controlar o cólera.**

"Não há no município uma estrutura específica de planejamento em saúde. Somos todos bombeiros, correndo como loucos de lá pra cá tentando apagar os incêndios". A afirmação de Edilson Francisco dos Santos, diretor do Departamento de Saúde Pública da Secretaria de Saúde de São Gonçalo, foi várias vezes repetida pelos muitos profissionais de saúde ouvidos e também pelos segmentos do movimento popular, cujas ações têm sido inestimáveis para a comunidade. Carlos Alvarenga, também do Departamento de Saúde Pública, acrescenta que a municipalização está acontecendo de maneira improvisada, e que a descentralização dos serviços e o controle social avançam a passos muito curtos.

Edilson revela que, apesar da falta de estrutura, o município conseguiu bons resultados em diversos programas de saúde. Citou o Programa de Saúde Mental, que em pouco tempo reduziu bastante o número de internações na rede privada e implantou atendimento ambulatorial psiquiátrico em duas unidades; o Programa de Tuberculose, que conta hoje com uma unidade-pólo treinada para fornecer diagnóstico rápido, tratamento e vigilância; e o Programa de Hanseníase. Um problema recente é a cólera. Segundo Alvarenga, os números aparecem porque o Departamento os procura: "Implantamos um sistema de informações e diagnóstico desde julho de 91, quando foi formada a Comissão contra a Cólera", diz, acrescentando que na época a doença só havia chegado ao Amazonas. A rede está preparada para receber, diagnosticar e informar os casos de cólera e foi isso que proporcionou o reconhecimento dos 47 casos registrados em dois meses. Um único óbito atesta o bom atendimento.

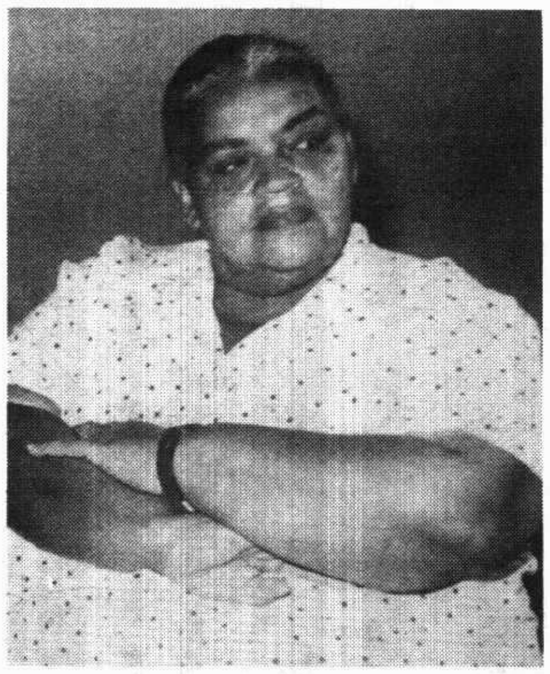
Falando ainda sobre os esforços de municipalização em São Gonçalo, Carlos Alvarenga denuncia a omissão do Estado nesse processo. "Segundo a Lei 8.080, o Estado teria atribuições no tocante ao aprimoramento dos recursos humanos e assessoria técnica. No Espírito Santo e em São Paulo existem supervisores regionais, acompanhando o processo nos municípios, enquanto aqui no Rio o Estado tem tido um papel nulo", finaliza.

# FALA O USUÁRIO

O movimento comunitário, para Patrício Neto, é "a única válvula de escape" que a população gonçalense tem para resolver seus graves problemas. Ele é Presidente de uma das 117 associações de moradores que formam a Unibairros, uma espécie de federação de associações de moradores. Foi da sua Diretoria de Saúde que surgiu o Conselho Comunitário de Saúde, formado por usuários que desde 85 trabalham junto às autoridades e à comunidade ouvindo queixas e apurando denúncias.

Itamar de Souza, enfermeira e sanitarista, é fundadora do Conselho e sempre atuou com um pé no poder público e outro no movimento comunitário. Conhecedora dos entraves nas duas áreas, ela afirma que enquanto não se homologar o Conselho Municipal de Saúde, a sociedade não fiscaliza e o poder público não planeja.

Para Jacira de Oliveira, Presidente da Unibairros, "tudo que temos hoje é assento no Cims (Conselho Interinstitucional Municipal de Saúde), que só serve para analisar convênios. Queremos o Conselho Municipal para fiscalizar também a rede pública. O resto é oba-oba", diz ela. Ana Maria Cruz Netto, Presidente do Conselho Comunitário e da Associação de Servidores da Previdência, que congrega todos os profissionais de saúde do município,



**Jacira, Presidente da Unibairros, quer o Conselho fiscalizando também a rede pública.**

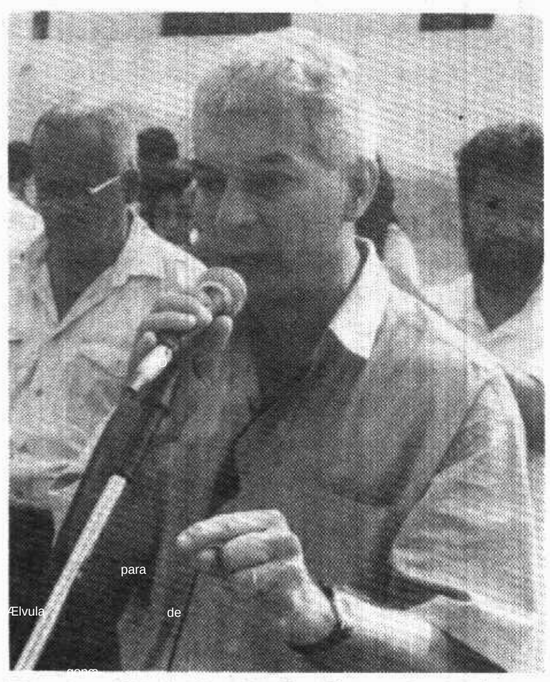
vai mais longe e afirma que o Cims poderia ser o embrião do Conselho Municipal, mas que hoje "o parto está difícil e a criança agoniza". Ela lembra que existe uma grande inversão em São Gonçalo, onde o Fundo Municipal de Saúde já foi implementado e o Conselho não. "Como o CIMS não tem poder deliberativo sobre as verbas, como teria o Conselho Municipal, o que acontece hoje é a **prefeiturização** da saúde, onde o prefeito, secretário e vereadores é que decidem onde e como essa verba é aplicada".

# Plano pede medidas imediatas

Um importante passo para a solução dos problemas da rede pública de saúde de São Gonçalo é o convênio de cooperação técnica firmado em 1992 entre o Departamento de Saúde Pública da Secretaria, a Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o Departamento de Administração e Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz, que prevê a elaboração de um Plano de Saúde para São Gonçalo.

Segundo Roseli Monteiro da Silva, da ENSP, o Plano partiu da identificação de problemas (após extensa coleta de dados) aliada à percepção dos técnicos do Departamento de Saúde Pública, vinculando as noções teóricas à realidade da cidade:

O Plano já foi apresentado ao prefeito João Bravo, e acolhido como uma grande contribuição ao município. "Nós não tínhamos um plano", disse ele, "e por isso agora precisamos queimar etapas. Estamos formalizando esse trabalho, fruto do esforço pessoal de profissionais dedicados, e também nomeando



**Para o Prefeito João Bravo, o plano tem a vantagem de não ser autocrático, mas consensual.**

desde já a Coordenação Técnica necessária para a sua implantação plena". Segundo Bravo, o plano se ajusta muito bem ao município, por conciliar esforços do poder público, comunidade e iniciativa privada, e tem um grande ponto a seu favor: "não é oriundo do executivo, autocrático, mas de um pensamento comum e consensual".

# Secretário vê receio na implantação do SUS

O PROPOSTA ouviu o Secretário de Saúde de São Gonçalo, Abel Martinez Dominguez, sobre os principais pontos do processo de municipalização. Eis sua opinião sobre eles.

**Sistema Único de Saúde -** "Vejo que ainda há um certo receio na sua implantação. Na última Conferência Municipal de Saúde (São Gonçalo já realizou duas) foi criado o Conselho Municipal de Saúde, mas não houve deliberação complementar. O que temos é o Conselho Interinstitucional Municipal de Saúde, que congrega representantes da rede pública, privada e filantrópica, comunidade e profissionais da saúde. É um conselho que delibera sobre os convênios com a rede privada. Eu ouço por aí que a municipalização em São Gonçalo não avançou. Mas, veja, começamos em 91 com menos de mil funcionários e hoje temos seis mil. Assumimos quatro PAMs, cinco postos de saúde do Estado e unidades intermediárias. Nossa estrutura aumentou muito."

**Controle Social -** "Quanto ao Conselho Municipal de Saúde, falta a convocação do Prefeito junto aos segmentos sociais e o envio de mensagem à Câmara dos Vereadores. O problema é que a Lei 8.142, federal, prevê um conselho paritário, meio a meio, enquanto a Lei Orgânica Municipal prevê apenas 1/3 dos assentos para cada setor, destinando também assentos à Câmara de Vereadores. Isso, no entanto, é muito fácil de contornar, creio mesmo que não será difícil negociarmos até chegar a um consenso. Enquanto isso, o CIMS cumpre bem a sua função."

**Mais rapidez nas mudanças -** "Me diga, qual é o município que tem hoje o SUS implantado? Essas transformações não podem ser abruptas, porque há problemas sérios de recursos humanos, cargos e salários, ações de saúde, adaptação às particularidades dos municípios... A participação popular tem pressa, quer ver as coisas saírem do papel, mas é tudo muito complexo. Evoluímos muito, construímos 17

**Abel Martinez vê problemas no Plano de Saúde porque "é de primeiro mundo para ser aplicado num município do terceiro mundo".**

postos de saúde em quatro anos. Isso desafogou os pronto socorros. O índice de remoções para o Hospital Antonio Pedro (em Niterói) caiu assustadoramente. São avanços, não podemos deixar de notar. Costumo dizer que a implantação do Sistema Único de Saúde é como um pai que tem cinco filhos e um deles pede uma camisa de seda. Se o pai fizer a vontade desse filho vaidoso, terá que deixar os outros quatro nus. É preciso vestir a todos igualmente, mesmo que com uma camiseta de malha."

**Recursos -** "Temos que pensar nos geradores de recursos e naqueles que com eles trabalham. A União destina 3,9% do PIB do País à saúde (quando no primeiro mundo essa taxa varia entre 10 e 12%). Isso representa cerca de 70% dos recursos do município. A Prefeitura aloca pouco mais de 18% enquanto ao Governo do Estado cabe sempre a menor parcela. É bom lembrar que nem sempre esse dinheiro nos é repassado com agilidade".

**O Plano de Saúde -** "O Plano é excelente, mas eu tenho uma preocupação: é um plano de primeiro mundo para ser aplicado num município do terceiro mundo. A proposta é somar a teoria com a prática, achar um denominador comum com a ajuda da comunidade. Tudo depende de uma boa negociação. Penso que se avançarmos demais, com pressa, e depois termos que retroceder, é mil vezes pior do que ir caminhando devagar, com as próprias pernas.


**NÃO FIQUE SEM O RADIS**
(ATUALIZE SEU ENDEREÇO)

O Programa Radis está atualizando todo o seu cadastro de assinantes individuais e institucionais. Para que você não corra o risco de deixar de receber a SÚMULA, o PROPOSTA, a TEMA e a DADOS, atualize já o seu endereço, não esquecendo de colocar o novo CEP de oito dígitos ao final.

Radis - Av. Brasil, 4036/ sala 515 - Manguinhos - Rio de Janeiro - CEP 210040 - 361.

OPINIÃO

# Curar ou prevenir?

## Uma polêmica que se arrasta há 60 anos.

ANDRÉ PEREIRA
E LINA RODRIGUES *

FOTO FGV/CPDOC ARQUIVO ANTUNES MACIEL

O Presidente Getúlio Vargas diante do então Congresso Nacional, no Rio, na instalação da Constituinte, em 15 de novembro de 1933.

Quem deve se responsabilizar pela saúde do mendigo e do indigente? Como considerar a saúde: um direito do cidadão ou uma prerrogativa para o desenvolvimento? Que modelo deve ser privilegiado: o curativo ou o preventivo? Como tem sido a posição dos parlamentares médicos nestas questões?

À primeira vista você deve estar pensando que estas perguntas foram feitas estes dias por alguém preocupado com a implementação do Sistema Único de Saúde. Entretanto, esta conversa já tem, pelo menos, 60 anos. É isso mesmo. A Assembléia Nacional Constituinte de 1933 foi palco de uma controvérsia que continua presente hoje.

O contexto histórico em que esta conversa ocorreu, há 60 anos atrás, difere em muito do momento que estamos vivendo. No entanto, uma compreensão mais clara daquela época pode nos ajudar a desvendar os dilemas atuais. Uma dessas diferenças se relaciona com o papel que as elites econômicas pretendiam atribuir ao Estado.

Na década de 30, as elites intelectuais entendiam o Estado como uma peça imprescindível para o desenvolvimento industrial, intervindo no mercado e produzindo bens e serviços. A questão social, na década de 30, começou a deixar de ser um problema da polícia para transformar-se em uma questão política. A saúde, neste contexto, passou a ser um elemento fundamental. Os ideólogos deste projeto industrializante entendiam que ele só poderia ser efetivado com uma classe trabalhadora assistida e protegida por uma política previdenciária.

Nos Anais da Constituinte de 1933 a questão da saúde desencadeou um debate entre dois modelos de assistência e evidenciou as distinções entre os parlamentares médicos. Estas controvérsias nos fornecem subsídios para a compreensão do momento atual.

O Governo Vargas propôs um modelo para atender aos trabalhadores e outro para servir aos "pobres". Aos primeiros a assistência médica seria subvencionada exclusivamente pelas empresas. Aos "desvalidos" (leprosos, tuberculosos, venéreos, portadores de doenças transmissíveis e mentais, e com baixo poder aquisitivo) os serviços seriam de responsabilidade pública.

Esta distinção de modalidade de financiamento pode ser explicada pela concepção que subsidiava o projeto de implementação desta política de assistência médica. A Constituição promulgada em 1934 previa que a "proteção social do trabalhador" deveria promover os interesses econômicos do país". Assim, a saúde do cidadão inserido formalmente no sistema produtivo, interessava mais que assistência ao marginalizado.

Desde 1988 a lei define a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Na prática, as empresas tem arcado com a saúde de seus empregados por intermédio de planos de saúde e de previdência privada. O Estado, na verdade, tem se limitado a atender ao "desvalido" dos nossos dias. O modelo Varguista de 1933 prevalece nos dias de hoje, apesar da formalidade jurídica.

Os médicos constituíam a segunda maior bancada profissional na Constituinte. A participação dos doutores Arthur Neiva e Fernando Magalhães exemplifica posições distintas, assumidas pelos médicos durante os debates constituintes.

O perfil profissional do Dr. Arthur Neiva aproximava-se do modelo de higienista que predominava na época. Os seis médicos, como ele, eleitos por um partido baiano componente da "Aliança Liberal" (que apoiava Vargas), atuavam em bloco defendendo a necessidade de se "cuidar da saúde evitando a doença".

O Dr. Fernando Magalhães era um clínico, especialista em ginecologia e obstetrícia, com grande prestígio no meio acadêmico e científico da época. Eleito por outro partido que compunha a "Aliança Liberal", Magalhães apoiou a perspectiva estritamente curativa dos serviços de assistência médica.

A atuação destes dois constituintes médicos exemplifica o conflito existente na sociedade entre uma perspectiva curativa e outra preventiva. Passados 60 anos a mesma polêmica divide as opiniões na sociedade e catalisar as paixões no parlamento.

Hoje como em 1933 o fato de ser médico não confere ao parlamentar uma unidade de ação. A origem partidária também não foi e não é determinante neste sentido. O modelo de assistência proposto levou e leva a aglutinação de forças que em outras questões se degladiam.

Não pretendemos, com este artigo, reforçar aquela velha e incorreta idéia que considera que a "História se repete". Não concordamos com esta postura. O que procuramos mostrar é que os problemas relacionados com a saúde do cidadão continuam sem solução e geram hoje uma polêmica que tem suas origens cravadas na História.

*** André de Faria Pereira Neto é historiador, pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ e Doutorando do Instituto de Medicina Social da UERJ. Lina Rodrigues de Faria é historiadora, mestranda do Instituto de Medicina Social da UERJ).**
**Este artigo é fruto de uma pesquisa desenvolvida na Casa de Oswaldo Cruz, que contou com o apoio do CNPq.**